

**Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2018-368  
(mr. B.F. Keulen, voorzitter, mr. A.M.T. Wigger en drs. J.H. Paulusma-de Waal,  
leden, en mr. E.C. Aarts, secretaris)**

Klacht ontvangen op : 26 september 2017  
Ingediend door : Consument  
Tegen : Delta Lloyd Schadeverzekering N.V., gevestigd te Amsterdam, verder te noemen  
Verzekeraar  
Datum uitspraak : 14 juni 2018  
Aard uitspraak : Bindend advies

## **Samenvatting**

Consument heeft bij Verzekeraar een arbeidsongeschiktheidsverzekering afgesloten. Op enig moment heeft Consument zich arbeidsongeschikt gemeld, waarna Verzekeraar een uitkering onder de verzekering heeft verstrekt. Verzekeraar heeft de uitkering een aantal jaren later stopgezet omdat Consument niet meer arbeidsongeschikt was in de zin van de Verzekering. De Commissie oordeelt dat geen sprake is van objectief medisch vast te stellen stoornissen in directe relatie tot ziekte of ongeval waardoor Consument beperkt is in zijn functioneren, zodat geen sprake is van arbeidsongeschiktheid in de zin van de Voorwaarden. De vordering wordt afgewezen.

## **1. Procesverloop**

De Commissie beslist met inachtneming van haar Reglement en op basis van de volgende stukken inclusief bijlagen:

- het door Consument (digitaal) ingediende klachtformulier;
- de door Consument aangeleverde aanvullende stukken, binnengekomen op 27 september 2017;
- het verweerschrift van Verzekeraar;
- de repliek van Consument;
- de dupliek van Verzekeraar;
- de ter zitting door Verzekeraar overgelegde pleitnotities.

De Commissie stelt vast dat partijen hebben gekozen voor bindend advies.

Partijen zijn opgeroepen voor een hoorzitting op 9 mei 2018 en zijn aldaar verschenen.

## **2. Feiten**

De Commissie gaat uit van de volgende feiten.

- 2.1 Consument, geboren op [geboortedatum] 1970, heeft met ingang van 9 december 2010 bij Verzekeraar een arbeidsongeschiktheidsverzekering (hierna: 'Verzekering') afgesloten. Het verzekerd beroep is assurantietussenpersoon.

- 2.2 Op de Verzekering zijn de ‘Algemene voorwaarden Arbeidsongeschiktheidsverzekering (met verhogingsrecht) voor zelfstandige ondernemers’ (hierna: ‘Voorwaarden’) van toepassing. In de Voorwaarden staat – voor zover hier relevant – het volgende:

“(…)

**ARTIKEL 4**

**OMSCHRIJVING VAN DE DEKKING VOOR HET NA-EERSTEJAARSRISICO (RUBRIEK B)**

**ARTIKEL 4.1**

**BEGRIIP ARBEIDSONGESCHIKTHEID**

*Van arbeidsongeschiktheid is uitsluitend sprake indien er in relatie tot ziekte of ongeval objectief medisch vast te stellen stoornissen bestaan waardoor verzekerde beperkt is in zijn functioneren. Arbeidsongeschiktheid wordt aanwezig geacht indien verzekerde ten gevolge van deze stoornissen voor ten minste 25% ongeschikt is tot het verrichten van werkzaamheden verbonden aan zijn op het polisblad vermelde beroep, zoals dat voor deze beroepsbezigheden in de regel en redelijkerwijs kan worden verlangd. Aanpassing van werkzaamheden en werkomstandigheden alsmede taakverschuiving binnen het eigen bedrijf worden daarbij betrokken.*

*(…)*”

- 2.3 Consument heeft zich in mei 2013 arbeidsongeschikt gemeld bij Verzekeraar wegens een Cerebro Vasculair Accident (hierna: ‘CVA’). Verzekeraar heeft een uitkering onder de Verzekering verstrekt op basis van volledige arbeidsongeschiktheid. Per 20 januari 2014 heeft Verzekeraar het arbeidsongeschiktheidspercentage vastgesteld op 50% en de uitkering daarop aangepast.
- 2.4 In 2015 is een neurologische expertise verricht. In het rapport van 10 april 2015 concludeert de neuroloog – voor zover hier relevant – het volgende:

“(…)

*Conclusie:*

*Betrokkene heeft op 05-05-2013 een CVA in de pons doorgemaakt, waarbij als oorzaak een verhoogde bloeddruk en verhoogd cholesterol zijn vastgesteld. Nu als restklachten verslikken, rusteloze benen, snel vermoeid, cognitieve restklachten, bandgevoel hoofd bij drukte. Het neurologisch onderzoek toont geen afwijkingen.*

*(…)*”

- 2.5 Vervolgens is een neuropsychologisch onderzoek verricht. In het rapport van de neuropsycholoog van 24 augustus 2015 staat – voor zover hier relevant – het volgende:

“(…)

*Aanwijzingen dat we te maken hebben met een primair verminderde cognitieve belastbaarheid, welke mogelijk toegeschreven kan worden aan structurele schade aan het brein, biedt het onderzoek niet. Anders gezegd, in neuropsychologische zin kan er geen onderbouwing worden gevonden voor het subjectieve klachtenpatroon van betrokkene.*

*Ondanks deze constatering is er bij betrokkene sprake van een grote lijdensdruk, hetgeen niet wordt gedragen door de aanwezigheid van een primair verminderde cognitieve belastbaarheid. Anders gezegd, andere, niet-cerebraal bepaalde factoren spelen volgens onderzoekster een verklarende en onderhoudende rol in het cognitieve klachtenpatroon van betrokkene. Het onderzoek levert namelijk aanwijzingen voor het bestaan van inadequate coping (i.c. betrokkene beschikt over een voorzichtige, zichzelf sparende en vermijdende coping). Het is niet ondenkbaar dat de accenten die hij in zijn leven heeft gelegd na het doorgemaakte CVA uit angst voor een recidive hieraan ten grondslag liggen.*

*(...)*

- 2.6 Naar aanleiding van de rapportage van de neuropsycholoog heeft de neuroloog in september 2015 een aanvullende rapportage opgesteld. In de aanvullende rapportage van de neuroloog staat – voor zover hier relevant – het volgende:

*“(...)*

*Vraag 3 welke diagnose stelt u?*

*Antwoord: (...) Voor de cognitieve restklachten welke betrokkene mij meldt vind ik op mijn vakgebied geen substraat. Het neurologisch onderzoek toont geen afwijkingen. De neuropsychologische expertise heeft geen aanwijzingen opgeleverd voor een primair verminderde cognitieve belastbaarheid, welke mogelijk toegeschreven kan worden aan structurele schade aan het brein. In neuropsychologische zin kan er geen onderbouwing worden gevonden voor het subjectieve klachtenpatroon van betrokkene.*

*(...)*

*Vraag 4 welke beperkingen heeft betrokkene op grond van de door u gevonden objectief medisch vast te stellen stoornissen?*

*(...)*

*Antwoord: Het neurologische onderzoek toont geen afwijkingen. Ik kan op mijn vakgebied geen beperkingen vaststellen. Het antwoord op deze vraag luidt derhalve: niet van toepassing.*

*(...)*

- 2.7 Bij brief van 5 oktober 2015 heeft Verzekeraar Consument medegedeeld dat hij niet meer arbeidsongeschikt is in de zin van de Verzekering. Omdat Consument op dat moment nog wel beperkingen ervaarde, heeft Verzekeraar zich bereid verklaard Consument (onverplicht) een uitkering te verlenen en te laten begeleiden door een gespecialiseerd bureau.
- 2.8 Het hiervoor bedoelde bureau heeft op 15 maart 2016 een tussenrapportage van het begeleidingstraject opgesteld. In de tussenrapportage staat – voor zover hier relevant – het volgende:

*“(...)*

***Werkhervattingsplan***

*Zoals met betrokkene besproken draagt het opbouwen van werkzaamheden ook bij aan het verbeteren van de belastbaarheid. In dat kader is besproken dat wordt ingezet op een opbouw van werkzaamheden volgens onderstaand schema:*

Werkschema	maandag	dinsdag	woensdag	donderdag	vrijdag
week 11	6	6	6	6	6
week 12	6	6	6	6	6
week 13	6,5	6,5	6,5	6,5	6,5
week 14	6,5	6,5	6,5	6,5	6,5
week 15	7	7	7	7	7
week 16	7	7	7	7	7
week 17	7,5	7,5	7,5	7,5	7,5
week 18	7,5	7,5	7,5	7,5	7,5
week 19	8	8	8	8	8

(...)"

- 2.9 Bij e-mailbericht van 23 maart 2016 heeft Verzekeraar Consument bericht dat hij, naar aanleiding van het in het kader van het begeleidingstraject opgestelde tussenrapport, de uitkering gaat afbouwen en per 9 mei 2016 geheel zal beëindigen.
- 2.10 Consument heeft bezwaar aangetekend tegen het standpunt van Verzekeraar. Op 17 mei 2016 heeft hij toenemende vermoeidheidsklachten gemeld bij Verzekeraar. Verzekeraar heeft de Care Groep gevraagd om een inventarisatie. De Care Groep heeft geconcludeerd dat de beperkingen die Consument ervaart niet objectiveerbaar zijn. Daarbij heeft zij opgemerkt dat personen met niet aangeboren hersenletsel vaak klagen over langdurige vermoeidheid. De Care Groep heeft Verzekeraar in overweging gegeven een verzekeringsgeneeskundige expertise uit te voeren dan wel een uitkering te verstrekken van 35 - 45% met na een of twee jaar een herbeoordeling. Verzekeraar heeft geen gevolg gegeven aan het voorstel tot verlenging van de uitkering maar heeft in overleg met Consument besloten een bindende verzekeringsgeneeskundige expertise te laten uitvoeren.
- 2.11 In oktober 2016 heeft Consument Verzekeraar gemeld dat hij last had van hevige vermoeidheid, krampen op de borst en hoge bloeddruk.
- 2.12 Op 2 november 2016 heeft het verzekeringsgeneeskundig onderzoek plaatsgevonden. De verzekeringsarts heeft in zijn rapport van 9 december 2016 geconcludeerd dat geen sprake is van objectief medisch vast te stellen stoornissen in directe relatie tot ziekte of ongeval, waardoor Consument beperkt is in zijn functioneren.
- 2.13 De medisch adviseur van Verzekeraar heeft het verzekeringsgeneeskundig rapport beoordeeld en geconcludeerd dat voor de klachten van Consument geen medisch aantoonbare stoornis door ziekte of ongeval is gevonden. Bij e-mailbericht van 12 januari 2017 heeft Verzekeraar Consument bericht dat hij gezien het advies van zijn medisch adviseur geen aanleiding ziet zijn standpunt te wijzigen. Ook hiertegen heeft Consument bezwaar gemaakt.
- 2.14 Verzekeraar heeft vervolgens opnieuw een arbeidsdeskundige ingeschakeld om te onderzoeken of een onderbouwing te vinden was voor de door Consument geclaimde verminderde arbeidsinzet en om in kaart te brengen hoe de werkzaamheden en het inkomen van Consument er voor en na het intreden van de arbeidsongeschiktheid uitzagen.

De arbeidsdeskundige heeft geen inzicht gekregen in de jaarcijfers van het bedrijf van Consument waardoor een inkomensverlies door arbeidsongeschiktheid niet kon worden geobjectiveerd.

- 2.15 Bij e-mailbericht van 26 april 2017 heeft Verzekeraar Consument bericht dat hij op basis van alle beschikbare gegevens zijn standpunt handhaaft. In zijn e-mailbericht schrijft Verzekeraar – voor zover hier relevant – het volgende:

“(…)

*Wij handhaven ons standpunt dat geen sprake is van arbeidsongeschiktheid volgens de voorwaarden van uw verzekering, op de eerste plaats op medische grond. Op de tweede plaats na het onderzoek door de arbeidsdeskundige.*

“(…)”

- 2.16 Consument kan zich niet met het standpunt van Verzekeraar verenigen.

### **3. Vordering, klacht en verweer**

#### *Vordering Consument*

- 3.1 Consument vordert uitkering onder de Verzekering met terugwerkende kracht vanaf 9 mei 2016 op basis van een arbeidsongeschiktheidspercentage van 50.

#### *Grondslagen en argumenten daarvoor*

- 3.2 Deze vordering steunt, kort en zakelijk weergegeven, op de volgende grondslag. Verzekeraar is toerekenbaar tekort geschoten in de nakoming van zijn verplichtingen uit hoofde van de Verzekering door de uitkering per 9 mei 2016 stop te zetten. Consument voert hiertoe het volgende aan:

- Consument is beperkt in zijn functioneren als gevolg van de doorgemaakte CVA. Hij heeft last van vermoeidheid en cognitieve klachten. De beperkingen worden door meerdere onderzoeken bevestigd. Consument kan als gevolg van deze beperkingen slechts voor 50% werken.

#### *Verweer Verzekeraar*

- 3.3 Verzekeraar heeft, kort en zakelijk weergegeven, het volgende verweer gevoerd:
- Conform de Voorwaarden is van arbeidsongeschiktheid uitsluitend sprake indien in relatie tot ziekte of ongeval objectief medisch vast te stellen stoornissen bestaan waardoor verzekerde beperkt is in zijn functioneren. Ook moet ten gevolge van de beperkingen sprake zijn van arbeidsongeschiktheid van 25% of meer in het verzekerde beroep. Op basis van medisch onderzoek is de medisch adviseur van Verzekeraar tot de conclusie gekomen dat geen sprake is van een objectief medisch vast te stellen stoornis in relatie tot ziekte en/of ongeval waarvoor medische beperkingen kunnen worden aangehouden. Daarom bestaat geen recht meer op uitkering.

## **4. Beoordeling**

- 4.1 Aan de orde is de vraag of Verzekeraar alsnog uitkering uit hoofde van de Verzekering dient te verstrekken per 9 mei 2016. De Commissie beantwoordt deze vraag ontkennend en overweegt dienaangaande als volgt.
- 4.2 Uit de Voorwaarden volgt dat van arbeidsongeschiktheid uitsluitend sprake is indien in relatie tot ziekte of ongeval objectief medisch vast te stellen stoornissen bestaan waardoor verzekerde voor ten minste 25% niet in staat is tot het verrichten van werkzaamheden verbonden aan het op het polisblad vermelde beroep - te weten assurantietussenpersoon.
- 4.3 In 2015 heeft een neurologische expertise en een neuropsychologisch onderzoek plaatsgevonden. De neuroloog heeft geconcludeerd dat zijn onderzoek geen afwijkingen laat zien en dat op zijn vakgebied geen beperkingen kunnen worden vastgesteld. De bevindingen van de neuropsycholoog sluiten hierbij aan. Uit diens onderzoek komen evenmin aanwijzingen naar voren dat sprake is van primair verminderde cognitieve belastbaarheid welke mogelijk toegeschreven kan worden aan structurele schade aan het brein. Ook de vervolgens door Verzekeraar ingeschakelde 'Care Groep' en de verzekeringsarts die de verzekeringsgeneeskundige expertise heeft uitgevoerd, hebben geoordeeld dat geen sprake is van objectief medisch vast te stellen stoornissen in directe relatie tot ziekte of ongeval waardoor Consument beperkt is in zijn functioneren. Verzekeraar heeft nadien nog een arbeidsdeskundige ingeschakeld. De arbeidsdeskundige heeft geen inzicht gekregen in de jaarcijfers van het bedrijf van Consument. Om die reden komt hij tot de conclusie dat er geen objectieve onderbouwing bestaat voor de door Consument geclaimde verminderde arbeidsinzet. Gelet op het voorgaande kan niet worden geoordeeld dat sprake is van objectief medisch vast te stellen stoornissen in directe relatie tot ziekte of ongeval waardoor Consument beperkt is in zijn functioneren, zodat geen sprake is van arbeidsongeschiktheid in de zin van de Voorwaarden.
- 4.4 Voor zover Consument ter zitting nog kritiek heeft geuit op de – naar zijn mening eenzijdig, onzorgvuldig en ondeugdelijk – uitgevoerde onderzoeken, oordeelt de Commissie dat haar daarvan uit de door partijen overgelegde stukken niet is gebleken. Op de aanpak en de behandeling van het dossier door Verzekeraar heeft de Commissie geen aanmerkingen.
- 4.5 Het voorgaande leidt tot de slotsom dat de klacht van Consument ongegrond is en dat de vordering dient te worden afgewezen.

## **5. Beslissing**

De Commissie wijst de vordering af.

*In artikel 5 van het Reglement van de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening is bepaald in welke gevallen beroep openstaat van bindende beslissingen van de Geschillencommissie Financiële Dienstverlening bij de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening. Daarbij geldt een termijn van zes weken na verzending van deze uitspraak. Op de website van Kifid vindt u praktische informatie over het instellen van beroep. Zie hiervoor [www.kifid.nl/consumenten/hoe-wordt-uw-klacht-behandeld](http://www.kifid.nl/consumenten/hoe-wordt-uw-klacht-behandeld).*



*U kunt, binnen twee weken na de verzenddatum van deze uitspraak, bij de Voorzitter van de Geschillencommissie Financiële Dienstverlening schriftelijk een verzoek indienen tot herstel van kennelijke vergissingen in de uitspraak. U moet daarbij met name denken aan correctie van reken- of schrijffouten en verbetering van namen en data. De volledige procedure met de termijnen die daarbij in acht moeten worden genomen staat beschreven in artikel 40 van het Reglement.*